NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Vierter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 16 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1885. 15. Juni. № 12.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Neue experimentelle Beiträge zur Anatomie der Schleife, vorläufige Mittheilung von Dr. **v. Monakow.** 2. Zur Kenntniss der Olivenzwischenschicht, von Dr. **Sigm. Freud.**

II. Referate. Anatomie. 1. Sull' anatomia minuta delle eminenze bigemine anteriori dell'uomo. Memoria premiata del R. Istituto Lombardo di scienze e lettere di Milano nella seduta del 15 Juglio 1884, del **Tartuferi.** — Experimentelle Physiologie. 2. Ist ein unmittelbarer Einfluss der Grosshirnrinde auf die peripheren Gefässe nachgewiesen? von **Raudnitz.** 3. Expériences sur la contraction musculaire provoquée par une percussion du muscle chez l'homme, par **Bloch.** — Pathologische Anatomie. 4. Arrêt de développemont du cervelet chez un aliéné, par **Ingels.** — Pathologie des Nervensystems. 5. The post-mortem appearances in a case of death from the action of electricity, by **Sheild** and **Delépine.** 6. Zwei Fälle von grossen erworbenen Defecten im Schläfenlappen, von **Körner.** 7. On the pathological anatomy of sensory aphasia, by **Amidon.** 8. Casuistische Beiträge zur Lehre von der Aphasie, von **Kahler.** 9. Cerebral Localisation. Brachial Monoplegia from cortical lesion, by **Mickle.** 10. Uncomplicated Brachial Monoplegia from Lesion of the Internal Capsule, by **Bennet** and **Campbell.** 11. Zur Casuistik der Linsenkern-Affectionen, von **Kroemer.** 12. Note pour servir à l'histoire des actes impulsifs des épileptiques, par **Féré.** 13. Ueber das Verhältniss der Sehnenphänomene zur Entartungsreaction, von **Remak.** 14. De la myopathie atrophique progressive (myopathie sans neuropathie), débutant d'ordinaire dans l'enfance par la face, par **Landouzy** et **Dejerine.** — Psychiatrie. 15. Contribution à l'étude des complications viscérales de la paralysie générale, par **Carrier.** 16. Zur Kenntniss der progressiven Paralyse, von **Rieger.** 17. Note sur un cas curieux de trouble de l'écriture (paragraphie) dans le cours d'une paralysie générale progressive, par **Régis.** 18. Essai sur les annésies principalement au point de vue étiologique, par **Rouillard.** — Therapie. 19. Contrattura degli arti sinistri da lesione della zona motoria destra. Trapanazione, pel **Fenoglio.** 20. Cases illustrative of cerebral surgery, by **Macewen.** 21. Case of cerebral tumour, by **Bennett.** — **III. Aus den Gesellschaften.** — **IV. Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Neue experimentelle Beiträge zur Anatomie der Schleife.

Vorläufige Mittheilung von Dr. **v. Monakow** in St. Pirminsberg.

Bei einem Exstirpationsversuch an der Hirnrinde (ventral-caudale Partien des rechten Occipitallappens[1]) einer neugeborenen Katze wurde durch zu tiefes

[1] Es handelte sich speciell um die ventralen Partien der dem Gyri „postsplenial“ und „ectolateral“, sowie die dorsalen Partien des Gyr. „post. composite“ des Hundes entsprechenden Windungen (Bezeichnung nach J. N. Langley; vgl. Journ. of Physiology. 1884. Vol. IV. p. 248 ff.)

Eindringen mit dem scharfen Löffel nicht nur die beabsichtigte Hemisphärenregion abgetragen, sondern auch die rechte Brücke in der Gegend des Austritts des N. trigem. und der unteren Schleife erheblich lädirt. Diese Läsion geschah dicht unter dem Ganglion des untern Zweihügels, etwas schräg, so dass sowohl die untere als die laterale Schleife (zur lateralen Partie der Schleifenschicht gehöriger Antheil), und zwar in ihren frontalsten Ebenen, in einer Tiefe von ca. 1,5 mm, theils durchschnitten, theils gequetscht wurden. Der rechte N. trigem. wurde unmittelbar nach seinem Austritt aus der Brücke, soweit er dem vorhin bezeichneten Gebiete anliegt, etwas mit lädirt. — Das Gehirn des Thieres, das 6 Monate nach der Operation getödtet wurde, bot, in eine Frontalschnittreihe zerlegt, folgende secundäre Atrophien:

Zunächst zeigte sich als Effect der Rindenläsion — in Uebereinstimmung mit ähnlichen Versuchen am Kaninchen[1] und mit einem anderen, bisher noch nicht publicirtem Versuche an einer Katze, welcher das der Munk'schen Hörsphäre + dem Gyr. Sylvii zugehörige Rindengebiet abgetragen worden war — dass die der abgetragenen Zone entstammenden Stabkranzbündel, sammt ihrem Antheil im hinteren Abschnitte der inneren Kapsel, degenerirt waren und einen mit Carmin sich tiefroth färbenden Strang bildeten, sowie dass die lateral-caudale Partie des Corpus geniculatum intern. und dessen laterale Markzone (die directe Fortsetzung jener atrophischen Stabkranzbündel) eine nicht unerhebliche Volumensverkleinerung und Atrophie darboten. Im Weiteren verrieth der Arm des unteren Zweihügels einen bis zu den caudalsten Ebenen deselben nachweisbaren Faserschwund. Der untere Zweihügel selber war ebenfalls und sehr beträchtlich (wohl um die Hälfte seines Volumens) reducirt; es liess sich aber an dem Präparate schwer entscheiden, welcher von den beiden Läsionen, derjenigen der Hirnrinde oder derjenigen der Brücke, ein grösserer Antheil an der Atrophie dieses Körpers zuzumessen sei. Der untere Zweihügel atrophirt nämlich nach Wegnahme einer ganzen Grosshirnhemisphäre secundär, aber nicht beträchtlich; unter keinen Umständen dürfte hier also die Rindenläsion allein für die bedeutende Atrophie dieses Körpers verantwortlich gemacht werden; andererseits ist aber die Abhängigkeit der unteren Schleife vom unteren Zweihügel von Forel[2] auf experimentellem Wege nachgewiesen.

Die von der Durchtrennung der rechten unteren Schleife und ihrer Nachbarschaft abhängigen Atrophien lassen sich, wenn man diejenige des unteren Zweihügels nicht mit berücksichtigt, in folgender Weise zusammenfassen:

1) Nahezu totaler Schwund der gesammten unteren Schleife bis zur Endigung ihrer Faserantheile in den grauen Massen der Brücke und der Medulla oblongata, 2) eine völlige Atrophie der sogenannten lateralen Schleife (lateralen Hälfte der Schleifenschicht in der Brücke) abwärts, ebenfalls bis zu den Kernen derselben, 3) partielle Atrophie der rechten aufsteigenden Trigeminuswurzel und der zugehörigen gelatinösen Substanz.

---

[1] Arch. f. Psych. Bd. XII. H. 3.

[2] Tageblatt der Naturforscherversammlung in Salzburg 1881.

Ad 1. a) Mit der Atrophie der unteren Schleife ging Hand in Hand diejenige der ventral vom unteren Zweihügel liegenden Anhäufung grauer Substanz; es bildet diese ein durch Fasern der unteren Schleife durchbrochenes netzartiges Geflecht (bestehend aus ziemlich grossen, multipolaren Ganglienzellen), das gegen die obere Olive zieht und caudalwärts medial-ventral von der unteren Schleife liegt; b) der frontal gelegene Theil der oberen Olive, sowie vom übrigen Theil derselben der dem ventralen Abschnitt der S-förmigen Figur entsprechende, erschienen erheblich atrophisch, während der dorsale Bogen der S-förmigen nur unbedeutende Veränderungen zeigte; c) das der oberen Olive dorsal und lateral anliegende, auf Frontalschnitten bis zum Querschnitt des Bindearms reichende Mark (querdurchschnittene Fasern), nahezu das gesammte jene dorsal-ventral begrenzende Faserareal umfassend (Fortsetzung der unteren Schleife nach abwärts) fehlte bis auf wenige Fasern vollständig; d) im Weiteren atrophirte von der Läsionsstelle an ein direct in das Rückenmark ziehendes Bündel der unteren Schleife, das nach Hemisection des Rückenmarks ebenfalls zu atrophiren pflegt, und das ich mit dem Namen „aberrirendes Seitenstrangbündel" bezeichnet habe[1] (äusseres Seitenstrangbündel (L) v. Meynert[2]). Dieses Bündel liegt in den Ebenen des Facialiskerns zwischen letzterem und der aufsteigenden Wurzel des Trigeminus, lateral vom Corp. trapezoid. begrenzt, dessen Fasern es partiell durchsetzt; es zieht, stets dieselbe Richtung beibehaltend (ventral von der aufsteigenden Trigeminuswurzel), direct in den Seitenstrang, wo es ein Markareal lateral vom Hinterhorn, am Rande einnimmt.

Ad 2. Die Atrophie der rechten lateralen Schleife (dieser Faserabschnitt fehlte vollkommen) liess sich abwärts verfolgen auf sämmtlichen Schnitten im lateralen Areal der sogenannten Olivenzwischenschicht (in den unteren Abschnitten der Medulla oblongata mehr ventral von der unteren Olive, zwischen letzterer und dem Pyramidenquerschnitt liegend), durch die Raphe, die Fibrae arcuatae der linken Seite bis in den linken Goll'schen Kern, sowie die mediale Abtheilung des linken Kerns der Burdach'schen Stränge, welche beide Kerne an der Atrophie lebhaften Antheil nahmen. Auch der linke Goll'sche Strang erschien etwas schmäler als der rechte. Die laterale Abtheilung des Keilstrangkerns (die Hinterstranganlage von Wernicke) blieb anscheinend intact.

Ad 3. Die Atrophie in der aufsteigenden Trigeminuswurzel betraf die dorsale Querschnittszone und liess sich in der ganzen Ausdehnung jener bis in's Rückenmark nachweisen.

Aus diesen Befunden dürften folgende Schlüsse gestattet sein:

1) Ein Theil der Markstrahlung aus den ventralen Partien des Schläfen-Hinterhauptslappens bei der Katze (speciell aus den Eingangs genannten Windungen stammend) endigt in der lateralen Partie des Corp. geniculatum intern., und hat die normale Entwickelung des letzteren die Integrität jener Bündel zur Voraussetzung. Ein anderer Theil zieht höchstwahrscheinlich im Arm des unteren Zweihügels, mit dessen Randpartien er in einer innigen Beziehung steht.

---

[1] Arch. f. Psych. Bd. XIV. H. 1.

[2] Psychiatrie. 1884. S. 114 (Fig. 52).

2) In dem mit „untere Schleife“ (FOREL) bezeichneten Faserzuge ziehen Bündel, deren eines mit den ventral vom unteren Zweihügel liegenden grauen Geflechten, ein zweites, sich medial-caudal wendendes, mit dem frontalen Theil und dem ventralen Abschnitt des S der oberen Olive, in Beziehung tritt, während ein drittes (das „aberrirende Seitenstrangbündel“) in den dem Hinterhorn anliegenden Randpartien des Seitenstranges derselben Seite zieht und in der grauen Substanz des Rückenmarks (wo?) endigt. Der grösste Theil dieser 3 Faserzüge entstammt zweifellos dem unteren Zweihügel.

3) Die Fasern der lateralen Schleife (Hauptbestandtheil derselben: die dem Parietalhirn entstammende „Rindenschleife“ von mir) ziehen, ihre Lage (dorsal-lateral von dem Pyramidenquerschnitt bis zu ihrer Kreuzung, obere Pyramidenkreuzung von MEYNERT) beibehaltend, in der unteren Partie der Medulla obl. als Fibrae arcuatae in den gekreuzten Kern der GOLL'schen Stränge[1] und die mediale Abtheilung des gekreuzten Kerns der BURDACH'schen,[2] mit deren Ganglienzellen sie in Verbindung treten.

---

2. Zur Kenntniss der Olivenzwischenschicht.

Von Dr. **Sigm. Freud** in Wien.

Aus einer Untersuchung über den Faserverlauf in der Oblongata des menschlichen Foetus, welche ich in Professor MEYNERT's Laboratorium mit Hülfe der WEIGERT'schen Hämatoxylintinction durchgeführt habe, sei hier Einiges über die Olivenzwischenschicht (beim Foetus von 5—6 Lunarmonaten) mitgetheilt. Vorauszuschicken ist eine gedrängte Darstellung des Acusticusursprungs, weil dieser Nerv derzeit das Bild beherrscht, und auch die in Rede stehende Fasermasse an ihn anknüpft.

Die Acusticuswurzeln bilden eine continuirliche, von aussen und unten (spinalwärts) nach innen und oben (brückenwärts) verlaufende Reihe und endigen sämmtlich in grauen Massen derselben Seite: die äussersten im vorderen Acusticuskern (Acusticusganglion), die mittleren und ein Theil der inneren im inneren (gross- und kleinzelligen) Acusticuskern, ein Theil der inneren Wurzeln übergeht

[1] Vgl. meine Arbeit im Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1884. Nr. 6 u. 7 und Neurolog. Centralbl. 1885. Nr. 3. Vgl. auch die Angaben von SPITZKA, A. SCHRADER und EDINGER.

[2] Eine nochmals vorgenommene sorgfältige Prüfung der Präparate von der des Parietalhirns beraubten Katze (vgl. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1884. Nr. 6 u. 7) überzeugte mich nachträglich, namentlich auch bei Vergleichung mit der Schnittreihe des vorliegenden Katzengehirns, dass auch dort die mediale Abtheilung des Kerns der BURDACH'schen Stränge zweifellos und nicht unerheblich atrophisch war. A. a. O. hatte ich es dies noch nicht mit Bestimmtheit zu entscheiden gewagt. Die Rindenschleife endigt somit sowohl im GOLL'schen, als in der medialen Abtheilung des BURDACH'schen Kerns. Mit Rücksicht auf die Atrophie dieser beiden Kerne nach Wegnahme des Parietalhirns möchte ich vorschlagen, dieselben mit „medialer und lateraler Schleifenkern“ zu bezeichnen und den Namen BURDACH'scher Kern nur für die laterale Abtheilung des Kerns der Keilstränge, die nach Läsion des Fun. cuneat. atrophirt und somit mit letzterem zweifellos in Verbindung steht, zu reserviren.

durch directe Umbeugung in die Querschnitte des äusseren Acusticuskernes (innere Abtheilung des Kleinhirnstieles, Roller's aufsteigende Acusticuswurzel).

Von indirecten Fortsetzungen der Acusticuswurzeln sind ersichtlich:

1) Bündel vom Acusticusganglion zum inneren Kern.

2) Bogenbündel vom inneren Kern zur Dachkernkreuzung im Kleinhirn; von diesen lassen sich mehrere Abtheilungen unterscheiden, ein Theil derselben ist noch kaum markhaltig.

3) Fibrae arcuatae aus dem inneren Kern über die Raphe, mit Durchflechtung des Facialis-Acusticuskernes und hinteren Längsbündels.

4) Fibrae arcuatae aus dem äusseren Kern über die Raphe in tieferen Ebenen und mit Durchflechtung der marklosen Mittelschicht des Innenfeldes der Oblongata.

5) Die Bündel des Corpus trapezoides, welche in ihrer ganzen Masse aus dem Austicusganglion hervorgehen (wie schon Flechsig bekennt). Die oberen derselben fassen die obere Olive in sich, welche durch ihren Stiel andererseits mit dem Facialisabducenskern verbunden ist.

Die Olivenzwischenschicht ist um die gekreuzte Fortsetzung des Corpus trapezoides spinalwärts, denn:

1) oberhalb des Corpus trapezoides sind an der der Olivenzwischenschichte entsprechenden Stelle keine markhaltigen Faserquerschnitte enthalten; die lateralen Schleifen erweisen sich als kurze Bahnen, die in den grauen Massen der Hauben endigen, die mediale Schleife ist derzeit nicht entwickelt.

2) während der Kreuzung des Corpus trapezoides tauchen die Querschnitte der Olivenzwischenschichte auf und bilden nach demselben eine mächtige und compacte Schichte.

3) eine andere Fortsetzung der mächtigen und intensi tingirten Bündel des Corpus trapezoides ist nicht aufzufinden.

Da nun die Olivenzwischenschichte durch die „obere Pyramidenkreuzung“ mit den Hinterstrangskernen zusammenhängt, wäre in ihr eine Bahn gegeben, welche den Acusticus mit sensiblen Bahnen im Rückenmarke verknüpft. Indess könnte dies wahrscheinlich zutreffende Verhältniss leicht complicirter sein.

Die Olivenzwischenschichte dürfte eine weitere Zerlegung zulassen, worauf die sonst zu statuirende Rückkreuzung dieser Fasermasse deutet. Die Menge der aus der oberen Pyramidenkreuzung entstehenden Fasern deckt nicht ganz die Fasermenge beim Ursprung aus dem Corpus trapezoides. Auch kenne ich einen ungekreuzten Zuzug zur Olivenzwischenschicht, welcher aus der ventralen und medialen Ecke des inneren Acusticuskernes hervorgeht, in locker angeordneten, schön geschwungenen Zügen von sehr schrägem Verlauf die Facialiswurzelfäden und den Stiel der oberen Olive kreuzt und unmittelbar oberhalb der Spitze der unteren Olive in die Olivenzwischenschicht eintritt, wobei ein Theil der Fasern auch aussen um die untere Olive herumläuft. Andere ungekreuzte Zuzüge zur selben Schichte zeigen sich an Oblongaten von höherer Reife.

Ueber das Verhältniss der medialen Schleife zur Olivenzwischenschichte gestatten Präparate der untersuchten Entwickelungsstufe keine Aussage. Keines-

falls ist die obere Pyramidenkreuzung durch die Bezeichnung als „Schleifenkreuzung“ erschöpfend charakterisirt. Dass die Ergebnisse anderer Untersuchungsmethoden zu der hier mitgetheilten Beobachtung stimmen, zeigt unter anderem die Angabe von VEJAS (Arch. f. Psych. 1885. H. 1), welcher nach Exstirpation der Hinterstrangskerne einer Seite beim Kaninchen die Atrophie der Olivenzwischenschicht an der Gegenseite nicht über die Ebenen des Corpus trapezoides zu verfolgen vermochte.

Wien, Mitte Mai 1885.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Sull'anatomia minuta delle eminenze bigemine anteriori dell'uomo. Memoria premiata dal R. Istituto Lombardo di scienze e lettere di Milano nella seduta del 15 Juglio 1884,** del prof. F. Tartuferi. Milano 1885.

In vorstehender Abhandlung macht der bereits durch eine Reihe hervorragender Arbeiten über die feinere Anatomie der Sehnervencentren bekannte Verf. neue Mittheilungen über den histologischen Bau der vorderen Zweihügel und diesem entstammenden Fasersysteme beim Menschen. Den eigenen Untersuchungen schickt der Verf. eine einlässliche kritische Besprechung sämmtlicher bisher über diese Region erschienener, an Controversen reichen Arbeiten voraus.

T. unterscheidet im vorderen Zweihügel des Menschen Schichten, die vorwiegend aus Nervenelementen und solche, die vorwiegend aus bindegewebigen Elementen gebildet werden. Er kommt im Ganzen auf 7 solche sich von einander ziemlich scharf abhebende Schichten, denen er eine besondere histologische Bedeutung vindicirt. Verf. studirte an frontalen und horizontalen Schnittreihen, sowie an Zupfpräparaten, und bediente sich vielfach der Behandlung mit Osmiumsäure. An glücklich geführten frontalen Querschnitten gelinge es, namentlich unter Anwendung der Osmiumsäure, sämmtliche 7 Schichten deutlich zur Darstellung zu bringen. Von der Convexität des vorderen Zweihügels an in der Richtung des Aquaeductus Sylvii betrachtet präsentiren sich dieselben in folgender Reihenfolge:

1. Bindegewebige Schicht (Ependymschicht), ca. 65 μ dick, zumeist aus feinen spinnenzelligen Elementen bestehend.

2. Schicht der zonalen Fasern (Stratum zonale), die zum grossen Theil aus feinen, dem N. opt. Ursprung gebenden Fasern besteht. Sie geht lateralwärts allmählich in die 4. Schicht über.

3. Graue Kappe (cappa cinerea); sie umfasst das sog. „oberflächliche Grau“ (Ganser) und wird vorwiegend aus grauer Substanz gebildet. In der oberen Abtheilung dieses Abschnittes sind die Ganglienzellen klein, von Herz- und ovaler Form, mit nach aussen gerichteten Protoplasmafortsätzen und ventralwärts ziehendem Axencylinder; in den tieferen Partien trifft man Nervenzellen von grösserem Kaliber, aber von derselben Form.[1]

4. Oberflächliches Grau und Mark (Strato bianco-cinereo-superficiale) setzt sich zusammen aus dem „oberflächlichen Mark“, „mittleren Mark“ und „mittleren Grau“ (Ganser) und ist die complicirteste Schicht.

Verf. sondert hier 3 Unterabschnitte:

[1] Cfr. auch v. Monakow, Arch. f. Psych. Bd. XVI. H. 3.

a) eine medial und dorsal liegende Region derberer Bündel, dem sog. Sulcus cruciatus unmittelbar anliegend;

b) in dorsaler Richtung eine Querschnittszone feiner Fasern;

c) mehr ventralwärts, eine mit in zerstreuten Gruppen von dicht aneinander liegenden Bündeln grösseren Kalibers sich präsentirende Abtheilung, deren mediale Partie einen durch etwas graue Substanz von jenen getrennten Fascikelquerschnitt bildet. —

Diese ganze Schicht ist reichlich mit Ganglienzellen grossen und grössten Kalibers — die vielfach den motorischen Rückenmarkszellen gleichen — bevölkert. — Die sub b) beschriebenen Fasern sind Retinafasern, während die sub c) angeführten grösstentheils dem Corp. genic. ext., vielleicht auch dem Thalamus opt., oder auch dem Stabkranz (Ganser, Ref.) entstammen. Die sub a) erwähnten Fasern kommen höchstwahrscheinlich aus der gekreuzten Seite und zwar aus der soeben zu besprechenden Schicht.

5. Tiefes Grau und Mark (Strato bianco-cinereo profundo), dem „tiefen Mark" + dem ventralen Abschnitt des „mittleren Graus" (Ganser) entsprechend. Ueber die anatomische Bedeutung dieser Zone konnte Verf. zu keinem abschliessenden Resultate gelangen; er vermuthet, ein Theil der hier ziehenden Fasern nehme seinen Ursprung aus derselben, ein anderer, ebenso grosser, aus der gekreuzten Seite. Die erst genannten Fasern entspringen aus den grossen Ganglienzellen der 4. Schicht; die letztgenannten wahrscheinlich aus derselben Gegend in der gegenüberliegenden Seite und endigen in den Ganglienkörpern der 5. Schicht, also dem ventralen Abschnitt des „mittleren Graus" (Ganser), oder sie ziehen gegen die Raphe zu. Schliesslich sei auch die Möglichkeit, dass sie eine directe Fortsetzung der sub c) (Schicht 4) angeführten Fasern bilden, nicht auszuschliessen. Die Ganglienzellen dieser Schicht zeichnen sich durch sehr grosses Kaliber aus.

6. Centrales Höhlengrau (Grigio centrale) ist die graue Substanz, welche den Aquaeductus Sylvii von der 5. Schicht trennt, sie besteht aus einem zarten, ziemlich regellos angeordneten, grauen Fasernetz, in dem kleine Ganglienzellen mit ausserordentlich feinen Fortsätzen liegen.

7. Auskleidung des Aquaeductus Sylvii (Stratto connectivo centrale), eine ausschliesslich bindegewebige Schicht, die gebildet wird durch pyramidenförmige Epithelzellen, mit zarten Flimmern und langen, sich tief in die Substanz des Zweihügels erstreckenden ramificirenden Ausläufern; letztere stehen vielfach mit den im ganzen Körper zerstreut liegenden Spinnenzellen in Verbindung.

Der Arbeit sind zahlreiche erläuternde Tafeln (meist schematisch gehalten) beigefügt. v. Monakow.

Experimentelle Physiologie.

2) Ist ein unmittelbarer Einfluss der Grosshirnrinde auf die peripheren Gefässe nachgewiesen? Vorläufige Mittheilung von R. W. Raudnitz. (Prager med. Wochenschr. 1885. Nr. 18.)

Auf Grund einer in H. Munk's Laboratorium vorgenommenen Nachprüfung der Landois-Eulenburg'schen Angaben verneint R. die Titelfrage. Gegen die Deutung der Exstirpationsversuche führt er an: 1) Dass bei der bis 13° C. betragenden physiologischen Temperatursdifferenz beider Pfoten solche Temperatursunterschiede nur dann beweiskräftig sind, wenn sie bei jeden andern Einfluss ausschliessender Lagerung des Thieres constant sind, was weder Vulpian noch R. finden konnten. 2) Beweist selbst der constante Befund solcher Differenzen bei Hunden mit einseitiger Zerstörung der betreffenden Rindenfelder nichts für die These, da die Differenzen aus der gleichzeitigen Abschwächung des Muskeltonus und dessen Einflusses

auf die Gefässe erklärt werden können. 3) Konnte eine directe thermische Function betreffender Rindenzone an der gegenständigen Pfote nicht nachgewiesen werden.

Gegen die Beweiskraft der Reizungsversuche führt R. an, dass dieselben wegen der durch die gleichzeitig hervorgerufenen Bewegungen statthabenden Aenderungen des Blutumlaufes und der Temperatur der Pfote, an nicht völlig curarisirten Thieren vorgenommen, ohne Beweiskraft sind, dass er die von Landois und Reinke angegebene strenge Localisation der thermischen Centren nicht nachweisen konnte, und dass seine Versuche an curarisirten Thieren negativ ausfielen, die er wegen der zahlreichen, der von Jenen verwandten galvanometrischen Thermometrie anhaftenden Fehlerquellen und weil die von ihm constatirten schwachen Bewegungen selbst anscheinend vollkommen curarisirter Thiere Jenen entgangen sein mochten, als beweiskräftig ansieht.

Im Gegensatze zu Scheinesson und Rumpf fand R., dass zu Beginn der Morphium- und Aethernarcose die peripherische Temperatur in die Höhe geht.

A. Pick.

---

3) Expériences sur la contraction musculaire provoquée par une percussion du muscle chez l'homme, par M. A. Bloch. (Journ. de l'anat. et de la phys. 1885. Janv. et Fév. p. 19.)

Wie Aeby gezeigt hat, contrahirt sich der direct gereizte Muskel nicht gleichzeitig, sondern mit einer von der Reizstelle aus fortgepflanzten Geschwindigkeit von ca. 1 m in der Secunde, während dagegen bei Reizung der Muskelnerven der gesammte Muskel sich gleichzeitig zusammenzieht. B. hat diesen Versuch vom ausgeschnittenen Froschmuskel auf den Muskel des lebenden Menschen übertragen und zwar auf den M. rectus femoris und vastus internus, indem er durch eine geeignete Vorrichtung die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Contractionswelle von der direct percutirten Stelle aus zu messen suchte. Die Bestimmung beruht im Wesentlichen darauf, dass 2 an einem horizontalen Arm befestigte elastischen Platten an von einander entfernten (5 cm) Stellen des Muskels angebracht werden und die ihnen durch successive Verkürzung des Muskels mitgetheilte Erhebung auf einer Schreibtrommel registriren. Die Percussion selbst wird durch einen kleinen nussgrossen Kautschukballon bewirkt, der ebenfalls mit dem Registrirapparate in Verbindung steht, so dass dann zeitlich von einander verschiedene Curven, dem Zeitpunkte der Percussion und dem der Muskelverkürzung an den beiden explorirten Stellen entsprechend, gewonnen werden. Hiernach bestimmt sich der Zeitunterschied zwischen den beiden Explorationsstellen bei einem Abstand derselben von 5 cm auf $^1/_{25}$ Secunde, bei einem Abstand von 10 cm auf $^1/_{16}$ Secunde, was also ungefähr $^1/_2$ m in der Secunde gleichkommen würde, oder dem doppelten der Geschwindigkeit, welche Aeby und Marey am ausgeschnittenen Froschmuskel constatirt hatten. (Auch Prüfungen bei 2, 4, 6 und 8 cm Abstand lieferten übereinstimmende Resultate.) — Für das Kniephänomen stellte sich heraus, dass die Verkürzung gleichzeitig erfolgte, selbst wenn die beiden explorirten Stellen 12 cm von einander entfernt waren, der Muskel also hierbei in seiner Totalität gleichzeitig verkürzt wird, was nach B. entschieden zu Gunsten der Reflextheorie spricht (die Latenzzeit wurde dabei von B. auf $^1/_{10}$—$^1/_8$ Secunde bestimmt, je nach Stärke des Schlages, Lage der Extremität etc. verschieden).

A. Eulenburg.

Pathologische Anatomie.

4) Arrêt de développement du cervelet chez un aliéné. Cas observé à l'Hospice-Guislain par le Dr. B. C. Ingels, Gent. (Bulletin de la Société de méd. ment. de Belgique. 1884. No. 35.)

Am 11. August 1884 wurde im Hospice-Guislain ein 68jähriger Mann secirt, als schwachsinniger Epileptiker (Petit mal: ganz schnell vorübergehende Schwindel- und Krampfanfälle) seit langen Jahren Anstaltsinsasse. Es war ein geschickter und fleissiger Feldarbeiter, sicher und schnell in allen Bewegungen, an dem niemals die geringsten motorischen Störungen zu beobachten gewesen waren. Von seinen geschlechtlichen Functionen (die Organe waren gut entwickelt) ist nichts Abnormes bekannt geworden. Er starb im Status epilepticus, nachdem er etwa 8 Tage lang zahlreiche schwere Anfälle gehabt hatte. Er war von Charakter verschlossen, misstrauisch, jähzornig und dadurch für seine Umgebung gefährlich. Am Gehirn im Uebrigen nichts Abweichendes; aber das Cerebellum zeigte sich ganz auffallend klein, betrug etwa den 20. Theil des Cerebrum. Der Oberwurm war gut und gross genug entwickelt, aber der Unterwurm war klein, steckte so zu sagen in der Convexität des Oberwurms. Am meisten betraf die Verkleinerung die beiden Hemisphären, kleine nach aussen-hinten gerichtete pyramidale Lappen von 2—3 cm seitlicher Ausdehnung. Uebrigens waren alle einzelnen Theile, Läppchen und Furchen, vorhanden, aber von sehr kleinen Dimensionen. — Die Medulla oblongata zeigte nichts Ungewöhnliches, aber der Pons Varolii, obwohl von gewöhnlicher Grösse in der Ausdehnung „de haut en bas", war stark verschmälert, „réduit dans sa profondeur à l'épaisseur d'une bandelette" (ich gebe die etwas unklare Beschreibung wörtlich. Ref.), nicht vorspringend über die Pedunculi cerebri. — Zwischen Wurm und unterem Winkel des 4. Ventrikels lag eine mit heller Arachnoidalflüssigkeit gefüllte häutige Blase. — I. bezeichnet die Abnormität als Hemmungsbildung, nicht Atrophie. — Das Präparat wird unzerschnitten im anatomischen Museum der Universität Gent aufbewahrt.

Hadlich.

---

5) **The post-mortem appearances in a case of death from the action of electricity,** by Marmaduke Sheild and Sheridan Delépine. (The Brit. med. Journ. 1885. 14. März. p. 531.)

Es ist dies, soweit dem Ref. bekannt, das erste Mal, dass ein Bericht über den Sectionsbefund bei einem Individuum, das durch unvorsichtige Berührung elektrischer Leitungsdrähte getödtet wurde, veröffentlicht worden ist. Die Seltenheit des Falles rechtfertigt wohl eine Wiedergabe desselben, obschon er nur äusserlich dem Gebiete der Neurologie angehört.

Ein 21jähr. kräftiger Arbeiter war in der Londoner Hygieneausstellung in der elektrischen Abtheilung beschäftigt und fiel, als er sich an einer Dynamomaschine zu thun machte, plötzlich bewusstlos zu Boden; er wurde sofort dem St. Georgshospital zugetragen, doch starb er bereits auf dem Transport. Weder an den Kleidern, noch an den Metallgegenständen, die er bei sich getragen hatte, war irgend eine Veränderung zu bemerken. Dagegen zeigte sich auf der Aussenseite des linken Zeigefingers eine ovale Blase von $^1/_2$ Zoll Länge und kaum $^1/_8$ Zoll Breite. Dieselbe glich in jeder Beziehung einer durch Verbrennung entstandenen Blase, doch fehlte völlig die Hyperämie in der nächsten Umgebung und der bekannte Brandgeruch. Die Section der Leiche wurde (leider) erst nach 40 Stunden vorgenommen. Trotzdem war (im Monat September) die Leichenstarre noch auf voller Höhe; die Hautdecken, besonders aber auf der oberen Körperhälfte, waren auffällig geröthet. Die Musculatur war sehr fest und resistent; das Herz dagegen befand sich bei sonst normalen Verhältnissen in völliger Diastole und selbst der rechte Ventrikel enthielt nicht das geringste Gerinnsel. Das Blut war sehr dünnflüssig, aber bei sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung völlig normal.

Der linke Medianerv, sowie die Haut des linken Zeigefingers wurden alsdann z. Th. in Osmiumsäure, z. Th. in Chromsäure gehärtet. Der Nerv zeigte sich jedoch ganz intact; dagegen bot die Haut aus der Gegend der Blase einige auffällige Abnormitäten, die mit den gewöhnlichen Befunden bei einer Brandblase nicht überein-

stimmen sollen. Es gehören hierzu besonders eine Vacuolenbildung in dem Stratum corneum der Epidermis, eine eigenthümliche „Faserung“ des Protoplasmas im sogenannten Stratum mucosum, und eine Abflachung aller Hautpapillen. Es muss in dieser Hinsicht auf das leicht zugängliche Original und besonders auf die Abbildung eines Hautquerschnittes (l. c. p. 532) verwiesen werden. Ob die dort angegebenen Veränderungen übrigens charakteristisch genug sind, um in forensen Fällen eine sichere Entscheidung zu ermöglichen, scheint dem Ref. nicht ganz zweifellos zu sein. Jedenfalls werden Unglücksfälle ähnlicher Art, wie der soeben mitgetheilte, bei der wachsenden Verwendung der Electricität im menschlichen Haushalt immer häufiger werden und es wird dadurch auch die Möglichkeit einer verbrecherischen Benutzung mächtiger Ströme näher gerückt. Wünschenswerth wird es daher unter allen Umständen sein, weitere Untersuchungen anzustellen, ob die Einwirkung eines starken elektrischen Stromes, der den Tod des Getroffenen herbeizuführen vermag, an der Berührungsstelle oder im ganzen Organismus charakteristische Veränderungen regelmässig zu verursachen im Stande ist. Sommer.

Pathologie des Nervensystems.

6) Zwei Fälle von grossen erworbenen Defecten im Schläfenlappen. Aus der med. Klinik des Prof. Kussmaul, Strassburg. Von Dr. Otto Körner. (Berl. klin. Wochenschr. 1885. Nr. 17 u. 18.)

1) Eine 63jähr. Frau wurde am 17. November 1884 wegen eines Furunkels im linken äusseren Gehörgang und Gesichts-Erysipel in's Krankenhaus aufgenommen; sie ging am 9. December an arterieller Darmblutung zu Grunde.

Bei der Section fand sich zu allgemeiner Ueberraschung ein grosser Defect im linken Schläfenlappen; dieser war vom Gipfel des Gyrus angularis bis zur Spitze nur 9,4 cm lang, gegen 18,2 cm rechts; die erste Schläfenwindung hatte links 12, rechts 15,8 cm etc. Es fehlte links die Spitze und die unteren Partien des vorderen Theils der ersten Schläfenwindung; fast der ganze vordere Theil der zweiten; die ganze dritte Schläfenwindung; ausserdem die Spitze des Gyrus occipitalis lateralis.

Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Stilling) ergab, dass die hintere Hälfte der ersten Schläfenwindung intact war; weiter vorn aber bot wohl die graue Rinde keine wesentlichen Veränderungen, aber an Stelle der Nervenfaserschicht bestand nur faseriges, ziemlich zellenreiches Bindegewebe; an den von der zweiten Schläfenwindung erhalten gebliebenen Theilen erwies die mikroskopische Untersuchung keine Abnormität.

Klinisch war zweifellos erwiesen, dass die Kranke vollkommen gut gehört hatte, und speciell auch auf dem rechten Ohre, denn das linke war einige Tage durch den Furunkel vollständig verschlossen gewesen. Sie las Briefe und Zeitungen im Krankenhause. Anamnestisch liess sich feststellen, dass sie noch in den letzten Wochen gut geschrieben hatte. Sie sprach deutsch und französisch. Die Sprache war im Krankenhause für gewöhnlich etwas langsam, im Affect aber recht geläufig. — Die linke Pupille war etwas enger als die rechte. — Pat. war ausserdem in gewöhnlicher Weise rechtshändig. Den Angehörigen war früher niemals von einer körperlichen oder geistigen Störung der Pat. etwas bemerkbar geworden; erst seit etwa 2 Jahren hatte sie ein wunderliches Wesen angenommen, war eigensinnig und unverträglich geworden.

Der Defect musste ein sehr alter sein, vielleicht auf eine schwere Erkrankung zurückzuführen, welche die Pat. in ihrem 20. Jahre durchgemacht haben soll.

Also „ging der grösste Theil des linken Schläfenlappens mit Einschluss etwa der Hälfte des Wernicke'schen sensorischen Sprach-

centrums bei einer rechtshändigen Person verloren, ohne dass sich das Wortverständniss oder die Sprache überhaupt oder aber das Gehörvermögen auf einem oder beiden Ohren beeinträchtigt gezeigt hätte."

2) Ein 60jähriger Mann wurde wegen Empyem am 2. Februar 1885 in das Strassburger Krankenhaus aufgenommen und starb am 15. Februar. „Er machte den Eindruck eines geistesschwachen Menschen, doch liess sich eine Sprachstörung irgend welcher Art oder ein Unvermögen, den Sinn der einfachen Fragen zu verstehen, die wir an ihn stellten, nicht constatiren."

Die Section ergab (abgesehen von dem Uebrigen) einen alten grossen Defect im rechten Schläfen- und Hinterhauptslappen, welcher fast die ganze untere Fläche beider Lappen umfasste, nämlich die ganze dritte und ein kleines Stück in der Mitte der zweiten Schläfenwindung, ferner den ganzen Gyrus occipito-temporalis lateralis und den hinteren Theil des Gyrus uncinatus; auch die Rinde des Gyrus occipito-temporalis med. war durch Atrophie der zugehörigen Markstrahlung grösstentheils ausser Function gesetzt. Im äusseren Theile des Linsenkerns und an der Aussenseite des Hinterhorns fand man links noch je einen ganz kleinen Erweichungsherd.

Anamnestisch wurde ermittelt, dass Pat. 1854 eine Meningitis cerebralis durchmachte. 1862 erkrankte er an einem Gehirnleiden, bei welchem sehr heftige Kopfschmerzen bestanden, mehrmals im Beginne plötzlich die Rede versagte, „weil die Zunge plötzlich schwer wurde"; später wurden die Glieder gelähmt, besonders links; die linke Hand wurde ganz unbrauchbar und mit der rechten konnte er nicht mehr schreiben. Auffallend war ein dem Kranken sehr unangenehmes zwangweises Lachen. — Von solchen Anfällen, die jedesmal mehrere Monate dauerten, machte Pat. bis 1864 vier durch. Der Gebrauch der Glieder stellte sich nach 1864 ziemlich gut wieder her, doch klagte Pat. über Steifigkeit im linken Beine und Ungeschicklichkeit beim Schreiben. Doch versah Pat. von 1870—1878 einen Posten als Versicherungsbeamter zu voller Zufriedenheit, wobei er in die Häuser ging, Treppen stieg etc.; seine Kasse hielt er stets in Ordnung und sein Gedächtniss soll noch vortrefflich gewesen sein.

Pat. hatte auch bis zuletzt gutes musikalisches Gehör, sang noch 2 Monate vor seinem Tode; aber seit 1862 konnte er die Flöte, die er früher gern blies, nicht mehr spielen, auch nicht mehr mit den Lippen pfeifen.

Die Ursache der Encephalitis war nicht zu ermitteln; Arteriosclerose und Herzklappenfehler bestanden nicht.

Der fern vom motorischen Hirnrindengebiete gelegene Defect hatte also wesentlich nur Störungen der Motilität und Intelligenz zur Folge, keine Seh- oder Hörstörungen, obwohl unentschieden bleiben muss, ob man mit feineren Untersuchungsmethoden etwas aufgefunden haben würde. Auch können die Bewegungsstörungen wohl ganz oder grösstentheils in Störungen des Muskelgefühls, nicht nothwendig in motorischer Schwäche ihren Grund gehabt haben. — Aber die Anfälle von Aphasie haben durchaus den Charakter atactischer oder motorischer Aphasie an sich; jedoch waren sie ganz vorübergehend, also nicht durch den Defect selbst bedingt.

Wie aber (so frägt ironisch Kussmaul) wollen wir es erklären, dass die Zerstörung der genannten „sensorischen" Gebiete für die ganze Zeit des Lebens das Pfeifen und Flötenspielen unmöglich gemacht hat? „Hier bleibt für die Localisationstheorie ein Räthsel zu lösen, nachdem sie schon Alles so herrlich zum Abschluss gebracht."

Hadlich.

---

7) On the pathological anatomy of sensory aphasia, by R. K. Amidon, New York. (N. Y. Medical Journ. 1885. Jan. 31. Febr. 14.)

Patientin, im Alter von 60 Jahren, bis zur Zeit der Menopause vollkommene Gesundheit. Seit der Zeit (9 Jahren) verschiedene Parästhesien. 6 Wochen ehe sie

in die Behandlung des Arztes kam, hatte sie starke Kopfschmerzen, hauptsächlich links. Kopfschmerzen und Schwindel dauerten 3 Tage; darauf traten Verworrenheit in der Sprache und grosse Erregbarkeit auf. Der Zustand blieb bis zum Tode, beinahe 2 Jahre später, im Wesentlichen unverändert.

Es stellte sich aber bald heraus, dass sie nur dann verworren sprach, wenn sie auf eine Frage Antwort geben sollte. Auf die einfachsten Fragen: „Wie heissen Sie? Wie alt sind Sie?" etc. kamen ganz verkehrte Antworten. Sie konnte weder zählen noch das Alphabet wiederholen. Hat man sie aber ganz frei reden lassen, so sprach sie correct und intelligent; beschrieb ihre Kopfschmerzen mit grosser Genauigkeit. Die Tochter nannte sie beim richtigen Namen, und alle ihre Freunde; nur ihren Mann soll sie nicht kennen. Den Sohn kannte sie, nannte ihn aber „Vater". Gehör war normal, Gesten waren ihr verständlich.

Beim Versuch, laut vorzulesen, machte sie ganz unverständliche Laute; konnte auf der Strasse nicht den Weg finden, da ihr Hausnummern ganz unverständlich waren; konnte nicht nach Dictat schreiben; hat aber auch während ihres Wohlbefindens wenig geschrieben. Ihr musikalisches Gehör scheint sie nicht eingebüsst zu haben; jedenfalls konnte sie rein singen. Während der ganzen Dauer ihres Leidens hatte sie monatlich einmal einen Anfall spastischer Natur, in dem die rechte Hand contrahirt und der Mund nach rechts verzogen wurde. Darauf traten dann allgemeine Krämpfe auf und unwillkürliche Entleerungen. Die Frau verfiel nach einem solchen Anfalle in einen comatösen Zustand, in dem sie auch starb, 15 Monate nach dem ersten Anfalle.

Autopsie: Zerstörung des linken Lobus pariet. inf., des ganzen Gyrus angularis, und der hinteren drei Viertel der ersten Temporalwindung, der oberen und hinteren Hälfte der zweiten Temporalwindung und eines Theiles der zweiten Occipitalwindung. Der übrige Theil des Cortex und die Insula waren normal.

Neben diesem Falle werden noch 23 ähnliche aus der Literatur gesammelte Fälle zusammengestellt. In allen wird besonders auf den anatomischen Befund geachtet. Manche dieser Fälle werden sich aber wohl im Sinne Lichtheim's weiter differenziren lassen.

Verf. beschliesst, dass die sensorische Aphasie klinisch als Worttaubheit, oder Wortblindheit, oder als Verbindung beider gelten kann. Handelt es sich um einen Fall von Wortblindheit, so ist die Läsion wahrscheinlich auf die Umgebung des hinteren Theiles der Fiss. Sylvii, auf den Lob. pariet. inf., auf den Gyr. ang. oder auf die Gegend der zweiten Occipitalwindung links, eventuell auf die darunterliegenden Theile beschränkt. Handelt es sich um Worttaubheit, so werden wohl die ersten und zweiten Temporalwindungen links oder die darunterliegenden Theile den Sitz der Läsion abgeben. Die hier zusammengestellten Fälle liefern Beweise für die Richtigkeit dieser Anschauungen. Sachs (New York).

---

8) Casuistische Beiträge zur Lehre von der Aphasie, von Kahler. (Prager med. Wochenschr. 1885. Nr. 16 u. 17.)

K. berichtet zuerst über einen Gehirnbefund bei einer Frau, die während der Beobachtungszeit keinerlei Sprachstörung gezeigt hatte. An der linken Hemisphäre liegt in Folge vollständigen Klaffens der Sylvischen Grube die Insel frei; diese zeigt relativ spärliche Gyri recti; das Klaffen ist bedingt vor Allem durch eine Entwickelungshemmung des Stirn- und Scheitellappens, während die erste Schläfenwindung vielleicht etwas schmaler ist; die beiden G. centrales sind um etwa 3 cm verkürzt; das untere Scheitelläppchen ist in dem aus G. central. post. sich entwickelnden Abschnitte ausserordentlich schmal. Die 3. Stirnwindung speciell der G. opercularis ist ganz schmal und umschliesst mit dem sehr dünnen G. supramarginalis ant. (Rüdinger) den völlig offenen vorderen Schenkel der F. Sylvii; der G. supramarginalis (post.) erscheint auf-

fallend stark. Bei dem Fehlen jeder pathologischen Veränderung deutet K. den Befund als Entwickelungsdefect, dessen Entstehung er in den 5. Monat des Fötallebens verlegt. In der rechten Hemisphäre fand sich eine alte apoplectische Narbe, welche das vorderste Viertel des Thal. opt. einnahm. Während der 4 Jahre später fallenden Beobachtungszeit waren die auch theoretisch zu erwartenden Reste einer linksseitigen Hemiplegie beobachtet worden; die Angabe der Kranken, dass sie durch mehrere Tage sprachlos gewesen, deutet K. dahin, dass in diesem Falle das Sprachcentrum in der rechten Hemisphäre gelegen gewesen sein musste.

Ferner berichtet K. über den Sectionsbefund eines Kranken, dessen klinischen Befund er und Ref. in der Prager Zeitschr. f. Heilk. 1880. Bd. 1. H. 1 veröffentlicht hatten, für den aus den Erscheinungen der Sprachstörung eine Läsion des motorischen Sprachcentrums angenommen worden war. Die Section ergab jedoch auch eine Läsion der Insel und der Rinde der 1., theilweise auch der 2. Schläfenwindung; das Fehlen der zu postulirenden Worttaubheit erklärt K. auf Grund zahlreicher einschlägiger Beobachtungen aus der allmählichen Rückbildung derselben bei dem Kranken, der erst $3^1/_2$ Jahr nach dem Anfall zur Beobachtung kam.

Schliesslich bespricht K. die Hypothese Lichtheim's für jene Fälle, welche neben motorischer Aphasie Alexie, aber keine Worttaubheit zeigen, die ein ungleichmässiges Zurückgeben der Erscheinungen der anfänglich vorhandenen Totalaphasie annimmt. Aus der Anamnese eines sehr intelligenten Kranken konnte K. es wahrscheinlich machen, dass vom Beginn ab bei demselben Aphasie und Alexie ohne Worttaubheit bestanden hatte. A. Pick.

---

9) Cerebral Localisation. Brachial Monoplegia from cortical lesion, by Wm. Julius Mickle. (Journ. of ment. science. 1885. April.)

Ein Soldat, der während seiner 13jähr. Dienstzeit in Indien 2mal an primären syphilitischen Geschwüren behandelt war, wurde wegen einer acuten Manie in die Anstalt aufgenommen, welche nicht zur Heilung kam. Nach jahrelangem Anstaltsaufenthalt erkrankte Pat. an Tuberculose, welche rasche Fortschritte machte. Nach einem nur wenige Tage vorhergegangenen Anfalle allgemeiner Convulsionen trat am 28. October v. J. plötzlich eine Lähmung der rechten obern Extremität ein, ohne Störung des Bewusstseins oder geistige Veränderung, ohne Affection der Zunge, am folgenden Tage leichte Parese auch der rechten untern Extremität, Zunge wich jetzt etwas nach rechts ab. Am 30. epileptiformer Anfall, beschränkt auf die rechte Seite, von theilweiser Bewusstlosigkeit begleitet, dieser Anfall kehrte noch 2mal am gleichen Tage wieder. Pat. starb im Coma. Die Section ergab einen genau auf die graue Rinde des oberen Theiles der linken vorderen Centralwindung, die obere Stirnfurche und den benachbarten Rand der ersten und zweiten Stirnwindung begrenzten Zerstörungsherd, welcher genau den auf die rechte Seite beschränkten Lähmungserscheinungen und den rechtsseitigen, einseitigen Convulsionen entspricht, und somit eine Stütze für die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde abgiebt. Ueber etwaigen Zusammenhang des Herdes mit der bestandenen Syphilis ist nichts berichtet.

Zander.

---

10) Uncomplicated Brachial Monoplegia from Lesion of the Internal Capsule. (The Lancet. 1885. Vol. I. S. 709.)

Dr. Hughes Bennet und Dr. M. C. Campbell theilten in der Medical Society of London einen Fall von Monoplegia brachialis mit interessantem pathologischen Befund mit. Ein 80jähr. gesunder Mann verlor plötzlich das Bewusstsein und es zeigte sich bei der Untersuchung Verlust der Sprache, Lähmung des linken Facialis und des linken Armes. Die krankhaften Erscheinungen gingen zurück mit Ausnahme

der Paralyse der linken Oberextremität, ohne dass sich an den gelähmten Muskeln Rigidität nachweisen liess oder Sensibilitätsstörung des kranken Gliedes wahrzunehmen war. Als der Pat. 6 Wochen nachher, altersschwach, starb, fand man bei der Section einen circumscripten Erweichungsherd in dem vordern Theil der Capsula interna. Dieser Fall lehrt, dass in dem vordern Abschnitt der innern Kapsel die motorischen Fasern für die Oberextremität gesondert verlaufen und für sich afficirt werden können ohne Betheiligung der Fasern für den Facialis, welche nach vorn von ihnen liegen, und ohne Verletzung der am weitesten nach hinten ziehenden Bündel der Unterextremität. Das Intactbleiben der hintern Abtheilung der Kapsel erklärt das Fehlen der Sensibilitätsstörungen und der Muskelcontracturen.

Ruhemann.

---

11) **Zur Casuistik der Linsenkern-Affectionen,** von Dr. Kroemer, Director der Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt, Westpreussen. (Deutsche med. Wochenschr. 1885. Nr. 19.)

Ein hereditär schwer belasteter Mann, 1840 geboren, nach einem Typhus im Jahre 1866 dauernd psychisch krank, verwirrt und reizbar, meist unthätig, mit intercurrenten Tobsuchtsanfällen, periodisch starker Potator, wurde am 28. März 1884 in Neustadt aufgenommen. Ein mittelgrosser, gut genährter, blass livider Mensch mit dünnem Kopfhaar, ganz ohne Bart und Pubes, zeigt er keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Sprache etwas langsam, Sehnenreflexe erhalten. Pat. delirirt viel in verwirrter Weise, fürchtet getödtet zu werden, hallucinirt (Gehör), ist zeitweise sehr aggressiv.

Nach einem im October durchgemachten starken Erysipelas capitis, bei welchem auffallender Weise gar keine Temperaturerhöhung eintrat, verfiel Pat. nach und nach körperlich und geistig immer mehr. Auch entwickelte sich eine rechtsseitige Facialis-Lähmung.

Am 12. Januar 1885 apoplectiformer Anfall. Zu Bett gebracht war Pat. somnolent, liess sich aber anrufen, vollführte dann befohlene Bewegungen, verliess sogar auf Geheiss das Bett, ging aber sehr unsicher; nirgends an den Extremitäten nachweisbare Lähmungen. Die linke Pupille sehr eng, die rechte weit; Zunge gerade, zittert, Sprache lallend, schwerfällig. Sensibilität sehr herabgesetzt; die Sehnenreflexe nicht auszulösen. Temperatur 33,5°; sie sank weiter auf 31,3°. Puls 40.

Anfangs gelang es durch heisse Bäder und heisses Getränk die Temperatur auf 39,5 zu erhöhen, den Puls auf 60 Schläge. Aber vom 13. Januar an blieb die Temperatur unter 33,5°, sank am 16. Januar auf 29°, stieg am 17. noch bis 31,5°; doch am 18. Januar trat bei 27° der Tod ein, nachdem von Tag zu Tag die Reactionskraft des Körpers abgenommen hatte. Am 15. hatte er sich zum letzten Male aus dem Bette erheben können.

Section 19 hor. p. m. Starke Füllung der Hirngefässe; auf der Innenfläche der Dura alte rostfarbene, punktförmige Hämatome, geringes Oedem der weichen Häute. Hirnsubstanz von fester Consistenz. Im mittleren Gliede des linken Linsenkerns ein bohnenförmiger Defect mit glatter Wand, 1 cm lang, 4 mm breit, dessen Umgebung mikroskopisch nichts Abnormes bietet. — Herz klein, seine Musculatur dünn und blass.

Mit Rücksicht auf die Experimente von Aronsohn und Sachs (s. d. Centralbl. 1885. S. 35) wirft K. die Frage auf, ob obiger Defect den Ort des Temperaturcentrums beim Menschen nachweise? — In einem Falle von ähnlicher Defectbildung oben-aussen am Kopfe des Corp. striatum war von einer abnormen Temperatur nichts zu bemerken gewesen.

Hadlich.

---

12) Note pour servir à l'histoire des actes impulsifs des épileptiques, par Ch. Féré. (Revue de méd. 1885. Février p. 131.)

Ein 9jähriger epileptischer Knabe wurde schnarchend, mit zerbissener Zunge im Zimmer seines kleinen Vetters gefunden, um ihn herum zerstörte Spielsachen und zerrissene Bücher, welche seinem Spielkameraden gehörten. Als der Kleine sich von seinem Anfall erholt hatte und sah, dass er alles Unheil angerichtet hatte, antwortete er auf die Frage, warum er dies gethan habe: „Er hat den Schwanz meines Pferdes ausgerissen." In der That stellte sich heraus, dass der Vetter des Pat. dies einmal vor zwei Jahren muthwilliger Weise gethan hatte.

F. deutet den Fall so, dass der Pat. in seinem Anfall die Spielsachen ohne Bewusstsein seiner That zerstört hat. Da er aber bei seinem Erwachen aus den äusseren Umständen sich selbst als Thäter erkennen musste, suchte er gewissermaassen nach einer Selbstrechtfertigung und fand diese in dem früheren Vergehen seines Vetters. F. bemerkt, dass auch Hypnotische, welche unter dem Einflusse der Suggestion irgend welche an sich unmotivirte Vergehen begehen, nach ihrem Erwachen zuweilen einen derartigen Vorwand angeben, welcher ihr Handeln psychologisch zu rechtfertigen scheint. Strümpell.

---

13) Ueber das Verhältniss der Sehnenphänomene zur Entartungsreaction, von Remak. (Arch. f. Psychiatrie. Bd. XVI. H. 1. S. 240.)

Im Anschluss an den Vortrag, den R. in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in der Sitzung vom 12. Januar 1885 gehalten hat (vgl. d. Centralbl. 1885. Nr. 3), haben wir aus der ausführlichen Arbeit noch Einiges nachzutragen.

Auf Grund der in der Literatur vorliegenden und der eigenen Erfahrungen hatte R. folgende Sätze aufgestellt.

1) Steigerung der Sehnenphänomene, insbesondere das Fussphänomen kann mit partieller Entartungsreaction der entsprechenden Muskeln nur bei spinalen Erkrankungen einhergehen und zwar nachgewiesenermaassen zunächst nur bei amyotrophischer Lateralsclerose.

2) Das Erhaltenbleiben der Sehnenphänomene (Kniephänomen) trotz ausgesprochener partieller EAR ihrer Musculatur (Quadriceps femoris) kommt mit grosser Wahrscheinlichkeit nur bei atrophischen Spinallähmungen (Poliomyelitis anterior) vor.

3) Das Fehlen der Sehnenphänomene bildet die Regel:

a) bei allen schweren amyotrophischen schlaffen Paralysen (mit aufgehobener Nervenreizbarkeit) sowohl spinalen (poliomyelitischen) als peripherischen (neuritischen) Ursprungs und überdauert in Fällen der Rückbildung lange die galvanomusculäre Entartungsreaction.

b) Auch bei leichtester primär peripherischer degenerativer Neuritis gemischter Nervenstämme, vielleicht selbst ohne alle Lähmung.

c) Bei absoluter peripherischer (vielleicht auch Kern-) Paralyse auch leichter Art ohne nachträgliche Entartungsreaction.

Die eigenen Fälle, auf welche der Verf. seine Untersuchungen stützt, sind:

I. Eine acut entstandene Paralyse einer Unterextremität bei einem $4^1/_2$ Monate alten Kinde ohne Erregbarkeitsänderungen, bei welcher die erste Bewegung schon am 17. Tage wieder vorhanden war. Der Patellarsehnenreflex fehlte.

II. Parese der Unterextremitäten ohne Atrophie und Sensibilitätsstörungen mit der Mittelform der Entartungsreaction bei einem Potator. Die Patellarreflexe fehlten.

Verf. betrachtet den Fall als eine leichte Neuritis. Bei der bekannten Einwirkung des Alcohols auf die Centren selbst neigt R. mehr der Ansicht einer centralen Affection zu.

III. Schwere atrophische Lähmung mit Entartungsreaction besonders im Cruralisgebiet. Die Sehnenreflexe fehlten noch, als in der Reconvalescenz die Erregbarkeit beider Nn. crurales schon wieder leidlich war.

IV. Mittelform der Entartungsreaction bei Poliomyelitis mit Erhaltenbleiben der Sehnenreflexe.

V. Amyotrophisch-spastische Spinal- und Bulbärparalyse mit schwerer Mittelform der Entartungsreaction in den Peroneis bei Erhaltensein der Sehnenreflexe von der Patellar- und Achillessehne.

Aus diesen Beobachtungen dürfte vor allem das Erhaltenbleiben der Sehnenreflexe bei der Mittelform der Entartungsreaction interessant sein. Auch Ref. kann diese Beobachtungen für einen später zu veröffentlichenden Fall bestätigen.

Rumpf.

---

14) De la myopathie atrophique progressive (myopathie sans neuropathie), débutant d'ordinaire dans l'enfance par la face, par L. Landouzy et J. Dejerine. (Révue de méd. 1885. Fevrier p. 81 et Avril p. 251.)

Schon vor Jahren hat Duchenne auf eine besonders in der Kindheit auftretende Form der progressiven Muskelatrophie aufmerksam gemacht, welche ihren Ausgangspunkt in den Muskeln des Gesichts nimmt. Seitdem war diese Krankheitsform, abgesehen von vereinzelten Beobachtungen, so ziemlich in Vergessenheit gerathen. Landouzy und Dejerine berichten in der vorliegenden werthvollen Arbeit über ausführliche, hierher gehörige klinische Beobachtungen und hatten auch Gelegenheit, in einem ihrer Fälle durch die genaue anatomische Untersuchung den myopathischen Ursprung dieser Form der progressiven Muskelatrophie mit Sicherheit nachweisen zu können.

Die Beobachtungen der beiden französischen Forscher beziehen sich auf zwei Familien L . . . und M . . . . Bei der Familie L . . . lässt sich die Krankheit durch fünf Generationen hindurch verfolgen. Genaue Krankengeschichten liegen vor von einem männlichen Mitgliede der Familie, welches seit seinem 26. Jahre an der Krankheit litt, im 52. Jahre an Lungenphthise starb und von dessen (von einer gesunden Mutter stammenden) Kindern vier an Muskelatrophie erkrankten. 5 andere Kinder desselben (zum Theil klein gestorben) sind von diesem Leiden verschont geblieben. Wir geben im Folgenden nur einen Auszug aus den wichtigsten Krankengeschichten.

Vater L. Beginn des Leidens im 26. Lebensjahre mit Atrophie der Muskeln an der linken Schulter. Bald darauf Atrophie des rechten Armes. Mit 32 Jahren beginnende Atrophie der Gesichtsmuskeln. Langsam fortschreitende Ausbreitung der Atrophie über die Muskeln der oberen Extremitäten, des Rumpfes und der unteren Extremitäten. Charakteristischer Gesichtsausdruck (s. u.). Keine fibrillären Zuckungen. Aufhebnng der Sehnenreflexe. Vollständig intact bleiben die Muskeln des Pharynx, des Larynx, die Kaumuskeln und das Zwerchfell. Keine Spur von Sensibilitätsstörungen. Keine Schmerzen in den kranken Muskeln. Normale Sphincteren. Tod an Lungenphthise im 52. Lebensjahre. Keine Autopsie.

Eugène L., Sohn des vorigen. Beginn des Leidens im dritten Lebensjahre mit Atrophie der Gesichtsmuskeln, welche Erscheinung das einzige Krankheitssymptom bis zum 17. Jahre war. Jetzt erst Auftreten von Atrophie an den Muskeln der oberen Extremitäten, welche sich von hier aus auf den übrigen Körper ausbreitet. Im 21. Jahre hat die Krankheit einen so hohen Grad erreicht, dass der Patient fast nur noch aus Haut und Knochen besteht. Das Gesicht hat ein eigenthümlich ausdrucksloses, schlaffes Aeussere. Die Lippen sind wulstig („bonche de tapir"). Muskeln der Zunge, des Schlundes, des Kehlkopfes, sowie die Kaumuskeln normal; ebenso

die Augenmuskeln und das Zwerchfell. Normale Sensibilität und Sphincteren. Erloschene Sehnenreflexe. Elektrische Erregbarkeit entsprechend der Atrophie herabgesetzt, aber nirgends Entartungsreaction. Im 24. Lebensjahre Tod an Tuberculose. — Bei der sehr genau ausgeführten Section konnten die erkrankten Muskeln noch genauer im Einzelnen festgestellt werden. Im Gesicht sind die Frontales, Orbiculares oculi, Zygomatici, Orbiculares oris und Buccinatores fast völlig geschwunden. Nur der Levator anguli oris hat seine ursprüngliche Form und Grösse bewahrt. Auch die Kaumuskeln sind vollständig normal, ebenso die Muskeln der Zunge, des Pharynx und des Kehlkopfes. An dem genau präparirten rechten Arm zeigten sich folgende Verhältnisse: Der Trapezius in hohem Grade atrophisch, der Deltoideus fast vollständig verschwunden. Dagegen der Infra- und Supraspinatus, der Subscapularis, Teres major und minor normal. Biceps und Brachialis internus sehr reducirt, Coracobrachialis fast verschwunden, Triceps bis auf einen kleinen Strang atrophirt. Am Vorderarm sind der Supinator longus und der Extensor radialis stark reducirt, dagegen Supinator brevis, Flexor digitorum sublimis und profundus fast normal. An der Streckseite des Vorderarmes erscheint die obere Muskelschicht (Extensor digitorum communis, Extensor digiti minimi, Extensor ulnaris) normal, während von den tieferen Muskeln der Extensor pollicis longus und der Indicator stark atrophisch sind. Weniger stark befallen sind Abductor longus und Extensor pollicis brevis. An der Hand ist nur der Abductor pollicis brevis in höherem Grade erkrankt, während die übrigen Muskeln des Daumenballens und die Muskeln des Hypothenar ihr gewöhnliches Aussehen zeigen. Die Lumbricales sind deutlich atrophisch, die Interossei höchstens in geringem Maasse. — Am Rumpf sind die Pectorales stark atrophisch, die Serrati dagegen normal („bien que le malade ait les omoplates ailées"), ebenso die Sacrolumbales. — Die genauere Präparation der unteren Extremitäten (starke Atrophie der Glutaei) musste unterlassen werden. — Alle erkrankten Muskeln zeigten äusserlich eine blassgelbliche Färbung. Wenn ein Muskel ergriffen war, so war er es in seiner Totalität und überall gleichmässig. Stärkere interstitielle Fettentwickelung fand sich nirgends. — Das Nervensystem (Gehirn, Rückenmark und periphere Nerven, vordere Wurzeln, intramusculäre Nervenzweige) erwies sich bei sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung als durchaus normal. Die histologische Untersuchung der erkrankten Muskeln ergab überall eine einfache Atrophie der Primitivfasern, soweit dieselben überhaupt noch vorhanden sind. Daneben auch einzelne hypertrophische Fasern. Nirgends Zeichen degenerativer Atrophie. Sehr geringe interstitielle Bindegewebs- und Fettvermehrung. Keine erhebliche Vermehrung der Muskelkerne.

Die Krankengeschichten der übrigen Geschwister bieten sehr ähnliche Verhältnisse dar. Hervorheben wollen wir nur, dass hier in einem Falle die Atrophie an den Rumpfmuskeln begann und dann auf die Gesichtsmuskeln übergriff, während in einem anderen Falle wiederum die Gesichtsmuskeln zuerst befallen wurden. Die Patellarreflexe fehlten stets.

Von der Familie M. wurden zwei Brüder untersucht. Bei dem älteren Bruder Léon M. begann das Leiden in seinem 8. Lebensjahre. Atrophie der Gesichtsmuskeln, unvollständiger Augenschluss, eigenthümlich starrer Gesichtsausdruck. In den folgenden Jahren allmähliches Fortschreiten der Atrophie. Atrophie der Schultermuskeln (mit Ausnahme des Infra- und Supraspinatus) und Oberarmmuskeln. Retraction des Biceps, so dass der Vorderarm nicht vollständig ausgestreckt werden kann. Vorderarmmuskeln besonders an der Streckseite atrophisch (Supinator longus fehlt ganz), die Beugemuskeln noch grösstentheils erhalten. Atrophie des Daumenballens. Im 17. Lebensjahre (1885) kann Pat. nicht mehr allein gehen. Sehr starke Lordose der Wirbelsäule, Atrophie der Oberschenkel etc. — Sensibilität normal. Patellar-

reflexe fehlen. Keine fibrillären Zuckungen. Keine elektrische Entartungsreaction. — Ganz ähnliche Verhältnisse fanden sich bei dem jüngeren Bruder, Georges M.

Nach diesen Beobachtungen stellen die Verff. eine neue Form der myopathischen Muskelatrophie auf, die, zuerst von Duchenne beschrieben, von ihnen als Type facio-scapulo-humeral bezeichnet wird. Die Atrophie beginnt gewöhnlich in der Kindheit und zwar in den Gesichtsmuskeln, wodurch ein eigenthümlicher Gesichtsausdruck („Facies myopathique") entsteht. Dann greift das Leiden auf die Schulter- und Armmuskeln über. Fast immer intact bleiben der Supra- und Infraspinatus, der Subscapularis und die Beuger der Hand und der Finger. Auch die Kaumuskeln, Schlingmuskeln, Kehlkopf- und Athemmuskeln bleiben normal, ebenso die Augenmuskeln. In selteneren Fällen beginnt die Krankheit in den Schultermuskeln (zuweilen sogar in den unteren Extremitäten) und die Gesichtsmuskeln werden erst später befallen. Charakteristisch ist die mehrmals beobachtete eigenthümliche Retraction des Biceps. Fibrilläre Zuckungen fehlen stets. Niemals findet sich Entartungsreaction. Der myopathische Ursprung der Krankheit ist mit Sicherheit bewiesen worden.

Die Verff. halten die Krankheit für verschieden von den übrigen Formen der juvenilen und hereditären Myopathien, insbesondere auch für verschieden von der Pseudohypertrophie. Ref. glaubt, dass auch hier Uebergangsformen zur Beobachtung kommen werden, welche die Zusammengehörigkeit aller dieser Formen darthun werden.

Strümpell.

Psychiatrie.

15) Contribution à l'étude des complications viscérales de la paralysie générale, par Carrier. (Annal. méd.-psychol. 1885. Mars.)

Neben den rein nervösen Symptomen der allgemeinen Paralyse bestehen Complicationen durch Erkrankung der visceralen Organe, von welchen C. annimmt, dass sie bislang unterschätzt seien. Das vielfache Vorkommen dieser Complicationen im Verlauf der melancholischen Form der allgemeinen Paralyse lässt ihn vermuthen, dass hier mehr als eine Coincidenz vorliege.

Als Basis seiner Betrachtungen führt C. 2 Krankheitsfälle vor, welche beide im Verlauf einer Paralyse depressiver Form unter Erscheinungen grosser hypochondrisch-ängstlicher Erregung denselben Symptomencomplex aufwiesen: indem unter geringen Fiebererscheinungen und mit Dyspnoë Congestion der Lungen, bald einseitig, bald doppelseitig auftrat, ohne dass Hustenreiz oder Auswurf vorhanden war. Gleichzeitig stieg die Menge des innerhalb 24 Stunden gelassenen Urins auf über 3 Liter, was um so auffallender ist, als die Patienten zwangsweis gefüttert werden mussten, also von aussergewöhnlicher Zufuhr flüssiger Nahrung wohl keine Rede sein kann. Der Urin musste bei einem der Kranken durch den Katheter genommen werden; krankhafte Beimengungen enthielt derselbe nicht. Die Congestionserscheinungen der Lungen wie die übermässige Urinabsonderung schienen anfallsweise aufzutreten und hielten einige Tage an; in einem der Fälle leitete dieser Vorgang acuten Marasmus und das Erliegen des Patienten ein. — Nur eine Section wurde gemacht. Diese ergab starke Congestion einer Lunge, geringere der entgegengesetzten. (Auffallender Weise war die hypostatische Pneumonie — wie wir der Beschreibung nach die Erscheinung nennen würden — in der Lungenhälfte gefunden, welche während des Lebens keine Infiltrationserscheinungen aufgewiesen hatte. Ref.)

Die Niere war lebhaft congestionirt. — Verf. versucht den Nachweis, den psychischen Verrichtungen im engeren Sinne psycho-negative entgegenzusetzen, deren Centrum mit dem des Sympathicus für identisch angenommen wird.

In Uebereinstimmung mit einer neueren Arbeit des Dr. Mairet sucht Carrier dieses Centrum in der Rinde der Basis cerebri.

Die im Verlauf der depressiven Form der Paralyse auffällige Veränderung des Bewusstseins, die Erscheinungen der Mikromanie etc. werden auf die Störungen des Allgemeinbefindens zurückgeführt.

Es erklärt dies, weshalb die visceralen Complicationen gerade im Verlauf der durch jene Gemeingefühlsstörungen wohl beeinflussten depressiven Form der Paralyse häufig sind. C. gesteht übrigens, dass weitere Untersuchungen nothwendig sind, um jenen Zusammenhang überzeugend zu machen; zumal harrt die Hypothese bezüglich der Abhängigkeit jener Form von dem supponirten Corticalcentrum des Sympathicus noch der Bestätigung. Jehn.

---

16) Zur Kenntniss der progressiven Paralyse, von Dr. Rieger. (Sitzungsber. der phys.-med. Gesellsch. zu Würzbug vom 13. Dec. 1884.)

Verf. giebt eine interessante und nach bestimmten Methoden durchgeführte Analyse des geistigen Zustandes eines Paralytikers, bei welchem eine — 1883 von R. zuerst beschriebene — Störung des Lesens besonders auffallend war.

Der betreffende Kranke, bei dem keine Herdsymptome oder einseitige Erscheinungen bestanden, keine nachweisbare Mitbetheiligung des Rückenmarks, konnte wohl einzelne kurze Worte und kurze, 2—4stellige Zahlen ganz sicher lesen; er buchstabirte auch lange Worte ganz gut und schnell, zählte die Buchstaben langer Worte ganz richtig, zählte von 1—100 etc. Sobald er aber einen Satz lesen sollte oder auch nur ein langes Wort oder eine längere Zahl, so wurde sein Lesen baarer Unsinn. Daran änderte auch der Umstand nichts, dass man ihn erst ein langes Wort oder einen Satz niederschreiben liess: er konnte dann auch das von ihm selbst richtig Geschriebene nicht richtig lesen, sondern las z. B. für: Weltverbesserer „wirklicher Besicherer“ oder „Weitlichenvergebenunserfreude“; für: das Mädchen aus der Fremde „das Mächtigen aus dem Festung“; oder für: Alles opferte ich hin, sprichst Du, der Menschheit zu helfen, las er: „Alles öffentlich ich hin bestimmt der Menschheit zu behelfen“ oder „Alles öffnet es hin bestimmtest du des Menschenheit zu helfen“ oder „Als öffentlich ich hin bestimmten der Menschenheit zu behäufen“ oder „Als öffentlich hin beprüft und des Meisten zu viel helfen“ etc. — Dabei hatte er, ganz ohne Selbstkritik, keine Ahnung von dem Unsinn, den er las.

R. prüfte dann das Gedächtniss des Kranken nach den verschiedensten Richtungen hin, beim Schreiben, beim Nachsprechen, beim Bezeichnen berührter Körpertheile, suchte auch sein Combinationsvermögen festzustellen, und konnte auf diese Weise bestimmte genau zu bezeichnende Defecte seiner Intelligenz nachweisen.

Es kann hier auf Einzelnes nicht eingegangen werden; aber sicher ist des Verf. Methode eine fruchtbare, und wird es hoffentlich in weiteren Kreisen werden, wenn R., wie er es in Aussicht stellt, genaue Mittheilungen über seine Methoden als ein „Schema zur Aufnahme eines möglichst vollständigen Inventars der intellectuellen Leistungen und Defecte bei Hirnkranken“ veröffentlicht haben wird. Hadlich.

---

17) Note sur un cas curieux de trouble de l'écriture (paragraphie) dans le cours d'une paralysie générale progressive, par E. Régis, Paris. (Gaz. méd. de Paris. 1885. 13.)

Ein Paralytiker mit deutlicher Sprachstörung litt an epileptiformen Anfällen, nach welchen eine Parese des rechten Arms, stärkere Sprachstörung und Benommenheit einige Tage anzuhalten pflegten; bisweilen war die Aphasie vollständig, aber immer vorübergehend.

Am 11. Mai 1883 hatte Pat. noch einen ganz guten Brief nach Hause geschrieben. Am 15. und 20. Mai hatte er heftige epileptiforme Anfälle. Am 24. Mai schrieb

er einen sehr merkwürdigen Brief, mit Ueberschrift, Datum, guter Reihenführung, Unterschrift etc., aber die Worte waren grösstentheils sinnlos, die meisten endeten auf été oder até, z. B. relaté, termaté, resamété, ecaláté, relaté, totalé etc.; die Schriftzüge waren deutlich und relativ fest (s. im Original die Copien der Briefe). Interessant war es, dass Pat., von R. aufgefordert, ihm den Brief, den er soeben geschrieben hatte, doch vorzulesen, einen ganz verständigen Inhalt vorlas, dabei noch hier und da an dem Geschriebenen etwas verbessernd.

Nach 8 Tagen konnte Pat. bereits einen viel besseren Brief schreiben und nach wieder einigen Tagen einen ziemlich fehlerlosen. Eine Wiederkehr dieser Schriftstörung wurde nicht beobachtet, und eben in diesem anfallsweisen Auftreten liegt, im Gegensatz zu der gewöhnlichen bleibenden Schrift der Paralytiker, das Interessante dieser Beobachtung. Hadlich.

---

18) Essai sur les annésies principalement au point de vue étiologique, par A. Rouillard. (Thèse de Paris. 1885. p. 252.)

In dieser unter Ball gearbeiteten These, die den gewöhnlichen Umfang einer solchen Arbeit beträchtlich überschreitet, findet sich das casuistische Material mit nur wenige Lücken zeigender Vollständigkeit zusammengetragen und nach der im Titel angedeuteten Richtung verarbeitet. Ohne wesentlich Neues zu bieten, wird die Schrift des erwähnten Umstandes wegen für Arbeiter auf diesem Gebiete sich gewiss als nützlicher Begleiter namentlich in literarischer Hinsicht bewähren.

A. Pick.

Therapie.

19) Contrattura degli arti sinistri da lesione della zona motoria destra. Trapanazione, pel prof. Fenoglio. (Archiv. di psichiatria, scienze penal. ecc. 1884. V. p. 413.)

Ein 19jähriger, völlig gesunder und nicht neuropathisch veranlagter Landmann war ohne bekannte Veranlassung dicht neben einem Bahngeleise bewusstlos umgefallen und war, als er noch in der Betäubung da lag, von einem zufällig vorüberfahrenden Zuge so gestreift worden, dass am Kopf eine Fractur der rechten Frontoparietalgegend entstanden war. Nach etwa 4 Stunden war er dann erwacht und hatte ausser einer völligen Hemiplegia sinistra nur eine mässige Verwirrtheit, leichte aber nicht genauer beschriebene Sehstörungen und ein Gefühl von Eingenommenheit und Schwere im Kopf gezeigt. Während im weiteren Verlaufe nur die sensorischen Symptome wesentlich gebessert worden waren, hatte sich eine auffällig trübe und reizbare Gemüthsstimmung ausgebildet, die sehr mit dem früheren lebenslustigen Charakter des Patienten im Widerspruch stand, und ausserdem hatten sich etwa 9 Monate nach jenem Unfall 2 epileptische Krampfanfälle eingestellt; nach einer weiteren Pause von fast 4 Jahren kehrten dann die epileptischen Anfälle in schnell sich ausbildender Häufung wieder, so dass der Patient im 25. Lebensjahre bereits 4—5mal am Tage von denselben ergriffen wurde. Bei seiner Aufnahme in die Klinik zu Cagliari fand sich über dem rechten Parietalbein, annähernd dem vor dem Scheitelhöcker gelegenen mittleren Theil der Crista temporalis entsprechend, eine längliche Impression von 63 mm Länge, 15 mm Breite und ca. 10 mm grösster Tiefe; die Narbe war nicht besonders empfindlich. Der linke Oberarm war in Adduction, der Vorderarm in Semiflexion und Pronation, die Hand und die Finger in starker Flexion festgestellt, sodass sie federten; die nur paretische untere Extremität befand sich in ziemlich starrer Adduction mit bedeutender Drehung des Fusses nach innen, und konnte beim Gehen fast nur im Hüftgelenk bewegt werden. Der Patellar- und Fuss-

reflex war dabei links sehr gesteigert, rechts dagegen beinahe erloschen. Ausserdem bestand noch eine leichte Facialisparese.

Am 17. Mai 1884 wurde nun — hauptsächlich mit Rücksicht auf die immer häufiger wiederkehrenden epileptischen Anfälle — die Trepanation vorgenommen und es konnte dabei ein abgesprengter Knochensplitter, der in der unter ihm liegenden Hirnrinde einen Eindruck hervorgerufen hatte, entfernt werden. Im Uebrigen verlief die Operation sehr glücklich: die epileptischen Anfälle sind zwar nicht völlig geschwunden, sind doch aber ausserordentlich viel seltener geworden. Interessanter aber ist die Thatsache, dass die Parese und Rigidität der unteren Extremität und die Facialislähmung völlig zurückging, trotz ihrer 5jährigen Dauer, und dass an der oberen Extremität wenigstens die Finger wieder functionsfähig wurden. Verf. schliesst daraus, dass der drückende Knochensplitter nur das Centrum der Ober- und Vorderarmmusculatur direct zerstört und demgemäss eine secundäre Degeneration der entsprechenden Nervenbündel bedingt habe; die Musculatur der Finger, sowie die der unteren Extremität und des Gesichts seien von dem localisirten Reize gewissermaassen nur „influenzirt“ worden und daher sei trotz der langen Dauer der Functionsstörung doch keine Degeneration etc. eingetreten. Uebrigens zeigten nach der Trepanation die Knie- und Fussreflexe das normale Verhalten.

Bemerkenswerth ist auch die mit Goltz' Versuchen in gewisser Uebereinstimmung zu stehen scheinende Umänderung des Charakters. Der früher lebensfrohe Mann war von dem Eintritt des Traumas an gemüthlich dauernd deprimirt und reizbar; gleich nach der Operation aber fand sich der frühere Optimismus wieder.

Sommer.

Anmerkung: An dieser Stelle mag eine l. c. p. 417 mitgetheilte und dem „Journ. of nerv. and ment. disease, New York, 1883“ entnommene Statistik Mac Dougall's über den Einfluss der Trepanation auf (wohl vorwiegend traumatische) Epilepsie reproducirt werden.

Es wurden operirt von:	Fälle mit	Heilungen,	Todesfällen,	Besserungen,	ohne Erfolg
Eccheverria	148	93	28	18	9
Walsham	26	20	—	—	6
Russel	50	24	6	4	10
Billing	72	42	16	10	4
	296	179	50	32	29.

20) **Cases illustrative of cerebral surgery**, by William Macewen. (The Lancet. 1885. Vol. I. p. 881.)

Verf. führt aus der Zahl von 17 mit Glück (Ausnahme von 3) operirten Gehirnfällen 2 sehr interessante Trepanationen an.

Fall 1. F. N., 36 Jahre alt, stets gesund, fiel im August 1883, war 12 Stunden lang bewusstlos; etwas Blut floss aus einem Ohre heraus. Baldige Besserung bis auf leichtes Schwindelgefühl, beim Versuch zu gehen. Bewegung der Extremitäten frei, die höheren Sinne intact; allmählich stellte sich Schwäche ein, endlich Unfähigkeit zu arbeiten.

Status im November. Schwere im Kopf, leichte Atrophie der linken Armmuskeln, Händedruck links sehr schwach, oft Spasmen im linken Arm und stechende Schmerzen von der Schulter in die Finger ziehend. Innere Organe sonst gesund.

Diagnose: Durch Bluterguss bewirkte Läsion der mittleren Partie des Gyrus centralis anterior, Leptomeningitis und Encephalitis.

Auf Wunsch des Pat. Trepanation am 8. December am rechten Os parietale vorgenommen, der angenommenen Läsion des Gehirns entsprechend. Die freigelegte Dura mater ist unregelmässig geröthet, zeigt hier und da dunkle Flecke, Blutklumpen

im subduralen Raum anzeigend. Nach einem Kreuzschnitt in die harte Hirnhaut wird reichlich eine klare Flüssigkeit entleert; darauf sieht man, dass eine dicke, gelbliche, opake Membran auf der aufsteigenden Frontalwindung liegt und sich bis in den Sulcus Rolando hineinzieht. Incission. Das darunter liegende Gehirngewebe ist mit kleinen Blutklumpen infiltrit, die spontan heraustreten. Reposition des trepanirten Stückes etc.

Nach einer Woche ist die Kopfwunde per primam geheilt, nach 3 Tagen zeigen sich keine Gefühlsstörungen mehr im linken Arm; derselbe hat nach 6 Wochen seine alte Kraft wieder erlangt, nach 2 Monaten wird Pat. als geheilt entlassen. 8 Monate später berichtet er selber, dass er so gut wie früher arbeite und sich einer ausgezeichneten Gesundheit erfreue.

Fall 2. Mrs. McK., 25 Jahre alt, syphilitisch inficirt, bemerkte zuerst schmerzhafte Empfindungen in den Muskeln des linken Armes und später auch im linken Beine. Darauf nahm die Kraft des linken Armes, später die des linken Beines allmählich bis zur ausgesprochenen Paralyse ab.

An den gelähmten Extremitäten zeigte sich geringe Rigidität der Muskeln, Schwächung der Intelligenz und Abnahme des Gedächtnisses. Im Juni 1883 wurde der rechten vorderen Centralwindung entsprechend ein Zoll breites Knochenstück aus dem Os parietale entfernt, dann Kreuzschnitt in die chronisch veränderte Dura mater. Die Gehirnoberfläche daselbst mit gelber, opaker, bröcklicher Masse bedeckt, entsprechend dem mittleren und obern Drittel der aufsteigenden Stirnwindung und dem Sulcus centralis. Beim Einschneiden in die obere Partie des Gyrus front. anter., woselbst sich das Gewebe resistent anfühlt, entleeren sich 7 kcm einer dicken Flüssigkeit. Darauf Abmeisselung einiger Osteophyten an der Grenze des Os parietale und Os occipitis.

Am Ende der ersten Woche vermag Pat. Finger und Zehen frei zu bewegen, nach 2 Monaten kann sie gut gehen, gewinnt allmählich fast ihre frühere Kraft in den linken Extremitäten wieder; nach 1 Jahr und 10 Monaten ist das Befinden der Pat. noch völlig zufriedenstellend. Ruhemann.

---

21) Case of cerebral tumour, by A. Hughes Bennett. (The British Medical Journal. 1885. 16. Mai.)

Ein 25jähriger Pächter war bis 1881 völlig gesund, als er von einem Stück Holz an der linken Kopfseite getroffen und wenige Minuten lang bewusstlos wurde; später öfter Kopfschmerzen; ein Jahr nachher leichtes Zucken in der linken Gesichtsseite und der Zunge; dann ein Krampfanfall mit auralen Erscheinungen, die vom Nacken und der linken Gesichtsseite zum linken Arm und Bein zogen. Später öfters leichtes Zucken im linken Arm und Bein. Danach leichte Parese der linken Oberextremität, später der linken Unterextremität. Augenbewegungen frei, doppelseitige Neuritis optica; Kniephänomen und mechanische Muskelerregbarkeit links verstärkt; links Fussclonus. Zeitweises Erbrechen.

Am 25. November 1884 trepanirte Godlee entsprechend der oberen Partie der Rolando'schen Furche, durchschnitt die Dura mater auf der aufsteigenden Parietalwindung; daselbst Gliom gefunden, mit Hülfe des Volkmann'schen Löffels entfernt, die erfolgende starke Blutung galvanokaustisch gestillt.

Nach 4 Tagen kein Schmerz mehr, kein Erbrechen, keine Convulsionen. Allgemeinbefinden gut; Intelligenz unbeeinträchtigt; später noch die Wunde putrid, allmählich entwickelte sich eine Hernia cerebri von halber Orangengrösse. Trotzdem Befinden gut. 21 Tage nach der Operation plötzlicher Rigor.

Eine Woche später Tod durch locale septische Meningitis. Der durch die Operation bewirkte und durch nachfolgende Gehirnerweichung hinzugekommene Gehirndefect umfasste $^3/_4$ des mittleren Theils der aufsteigenden Parietalwindung, das

obere Drittel der aufsteigenden Stirnwindung und das vordere Drittel der Supramarginalwindung.

Der Fall ergab, dass die Operation auf einmal die krankhaften Symptome beseitigte ohne eine Schädigung des Nervensystems oder des Allgemeinbefindens. Der Tod erfolgte an einer zufälligen chirurgischen Complication.

In der Discussion meinte Hughlings Jackson, dass intensiver Kopfschmerz, 20—30 Anfälle am Tage oder die Möglichkeit der Errettung vom Tode die Trepanation indiciren, wenn auch immer an gewisse ungünstige Momente gedacht werden müsse, wie bedeutende Grösse des Tumors mit accidenteller, peripherischer Erweichung, wie das Vorkommen multipler Geschwülste, eventuell Irrthum in der Localisation. Handelt es sich um begrenzte Convulsion z. B. eines Armes, oder beginnt der Krampf an einer Extremität, die auch gelähmt ist, besteht doppelseitige Neuritis optica, so soll man an einen Tumor der Regio Rolandica denken und getrost trepaniren.

Ferrier plaidirte ebenfalls für den Standpunkt, dass die Trepanation gefahrlos zu machen sei und gute Resultate ergebe und führte ebenfalls einen dem geschilderten ähnlichen Gehirnfall an, wo Sir Joseph Lister die Operation machte.

Die vorstehenden Fälle von Macewen werden angeführt.

Hughes Bennet zeigte das Gehirn eines Mannes, der trepanirt wurde und dem 8 in das Gehirn eingedrungene Knochenstücke entfernt wurden. Heilung ausgezeichnet ohne Benutzung von Antisepticis; der Kopf lag permanent im Wasserkissen. Keine Encephalitis, keine Meningitis. Tod durch Pleuropneumonie.

Horsley meinte, dass die Hämorrhagien, die bei der Verletzung des Gehirns entstünden, durch subcutane Morphiuminjectionen bedeutend verringert werden könnten, was er an Thieren gesehen hätte.

Godlee sprach dann über einige technische Punkte in Bezug auf die Ausführung der Trepanation und die Entfernung von Gehirntheilen. Ruhemann.

III. Aus den Gesellschaften.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung vom 8. Juni 1885.

Westphal: **Ueber einen merkwürdigen Fall periodischer Lähmung der vier Extremitäten.**

Ein kräftiger, blühender Junge von 12 Jahren, der auch psychisch ganz normal ist und hereditär nicht belastet, bekommt seit 5 Jahren bald schwächere, bald stärkere Lähmungen von ganz vorübergehender Art, die meistens des Nachts auftreten.

So wurde er z. B. am 15. März d. J. von einem derartigen Falle betroffen, der in der Charité beobachtet wurde. Er bemerkte Nachmittags 4 Uhr eine Schwäche des rechten Fusses und fiel $^1/_4$ Stunde später hülflos hin, weil seine Beine ihn nicht mehr trugen; danach wurden die Arme schwach, diese ohne sensible Störungen, während in den Hacken und Beinen unangenehmes Prickeln und Brennen, wie Nadelstiche, bestand. Das Genick war ihm etwas steif, auch bestand Durst und Harndrang, doch dauerte es 2 Minuten, ehe er den Urin lassen konnte. Um 7 Uhr Abends konnte er absolut nicht stehen und in horizontaler Rückenlage nur in den Hüften schwache Bewegungen ausführen, sowie mit dem linken Fusse, alle anderen Gelenke waren unbeweglich.

Um 4 Uhr Morgens am 16. März wurde vollständige Lähmung aller 4 Extremitäten constatirt, ohne Contracturen; die Sohlenreflexe fehlten, dagegen waren Cremaster- und Hautreflexe, sowie die Kniephänomene erhalten. — Die stärksten faradischen Ströme lösen von den Nervenstämmen der 4 Extremitäten keine oder nur ganz schwache Zuckungen aus, dabei Schreien vor Schmerz.

Um 8 Uhr Morgens ist an den oberen Extremitäten sowohl mit faradischen wie mit galvanischen Strömen eine ganz gute Erregbarkeit zu constatiren, während

dieselbe an den unteren Extremitäten noch fehlt, besonders sind die Nn. tibialis ant. noch ganz unerregbar; directe und indirecte Reizung verhalten sich dabei gleich, und treten Zuckungen auf, so sind sie immer blitzartig, nicht träge.

Im Laufe des Tages war die Lähmung der Extremitäten zwar noch nicht verschwunden, wurde aber sehr gering; die Kniephänomene waren schwach. Die Zuckungen in den Streckmuskeln des Fusses blieben noch am längsten sehr schwach.

Am 17. März fand man — und nur dieses einzige Mal — eine Temperaturerhöhung auf 39° im Rectum; dabei viel Schweiss und Durst.

Nachdem in der Zwischenzeit noch mehrere kleine Anfälle aufgetreten waren, beobachtete man in der Nacht vom 8. zum 9. April, um 2 Uhr, einen neuen starken Anfall ganz analoger Art, wie der obige: vollständig schlaffe Lähmung, die stärksten faradischen Ströme blieben fast wirkungslos. Morgens um 7 Uhr waren die Lähmungen ziemlich vollständig verschwunden und die elektrische Prüfung ergab überall ziemlich kräftige Zuckungen.

Von anderen Symptomen ist zu erwähnen, dass einmal Erbrechen auftrat; auch wurde einmal eine Spur von Albumen im Urin gefunden.

Aetiologisch war nur zu ermitteln, dass der Knabe im 7. Jahre an Scharlachfieber und (vielleicht?) nachfolgender Nephritis gelitten hatte, aber ganz gesund geworden war, bis ganz plötzlich der erste Anfall von Lähmung eintrat. Die Anfälle kamen anfangs alle 4—6 Wochen, später auch mehreremals in einer Woche und dauerten $^1/_2$ bis höchstens $1^1/_2$ Tage. — Der Vortragende führt weiter aus, dass sich über die Natur der Lähmung ein sicheres Urtheil nicht fällen lässt. Auf Anfrage bemerkt W. noch, dass die Milz keine Anschwellung gezeigt habe.

Bernhardt: Bei Intermittens sind ja ähnliche Fälle beobachtet. Einen identischen Fall hat Weber (Halle) beschrieben.[1] Vielleicht auch könne man glauben, dass sich von Zeit zu Zeit ein den Ptomainen ähnlicher Stoff, ein Curare-artiges Gift im Körper bilde, das ganz vorübergehend die Nervenendigungen lähme.

Remak und Senator weisen auch auf das Intoxicationsartige des Falles hin; ersterer erinnert an den im Neurolog. Ctrlbl. veröffentlichten Fall von Emminghaus in Dorpat, der bei Kohlenoxydvergiftung ein acutes und vorübergehendes Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit constatirte; letzterer zieht Vergleiche mit Malaria heran, bei welcher allerdings gerade über das Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit nichts angegeben ist.

Westphal: Der Knabe, kräftig und gesund, leidet seit 5 Jahren an diesen Anfällen; an Malaria-Cachexie ist also nicht zu denken.

Sander findet eine gewisse Analogie der Erscheinungen mit denen bei dem physiologischen Experiment, dem Stenson'schen Versuch, denn der Schweiss, der Durst, die Plötzlichkeit der Lähmungserscheinungen würden sich bei einem Gefässkrampf erklären.

Westphal meint, dass dann wohl stärkere Sensibilitätsstörungen nicht, wie hier, fehlen würden; überhaupt könne dadurch nichts erklärt werden.

Die folgenden Demonstrationen resp. Vorträge der Herren Hirschberg und Remak werden als Originalartikel in einer der nächsten Nummern veröffentlicht werden.

Hadlich.

V. Personalien.

Zum Director der städtischen Berliner Irrenanstalt (Dalldorf) wurde Dr. Jensen (Allenberg) gewählt.

Unser Mitarbeiter Herr Dr. Paul Rosenbach hat sich als Privatdocent für Geistes- und Nervenkrankheiten an der kais. med. Academie zu Petersburg habilitirt.

[1] Cf. Ctrlbl. f. d. med. Wiss. 1875. S. 428.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.